

様式第1号（第4条関係）

士別市不育症治療費助成金交付申請書

年 月 日

士別市長 様

申請者氏名 ㊟

不育症治療費の助成につき、次のとおり関係書類を添付のうえ申請します。

夫氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
妻氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住所※1		電話	（ ）
住所※2 (夫・妻)		電話	（ ）
a 対象となる治療に要した自己負担額			円
b 北海道不育症治療費助成決定額			円
c 助成対象不育症治療費（a - b）100円未満切り捨て			円
d 助成金交付申請額（c × 1 / 2）			円
同 意 書			
私たちは、士別市不育症治療費助成金の交付要件を確認するために、士別市長が住民基本台帳及び市税等に関する公簿を閲覧及び調査することに同意します。			
年 月 日 氏 名 夫 ㊟ 妻 ㊟			
振込口座	金融機関名		支店名
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号
	(ふりがな)		
	口座名義人		

※1 夫婦の住所を記入してください。

※2 夫婦の住所が異なる場合に記入してください。

《添付書類》

- ・ 北海道不育症治療費助成事業の助成決定指令書の写し
- ・ 道助成の申請をする際に添付した不育症治療費助成事業受診等証明書の写し
- ・ 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（住民基本台帳で確認ができる場合は不要）

◎印鑑及び振込口座の口座番号がわかるもの（通帳等）をお持ちください。

